

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-446919

N°D: 30102

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Mr Soummane Abdessadeq

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Habituelle

0766 60 67 89 120 DH + 426.90

Tél. 0522 8565 83 Total des frais engagés : 546.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/05/2020

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 26/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Date de dépôt : 16-06-2020

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/05/2020	C	G ₁	120 D/H	INP : 0910542916 الدكتور الفتيحة فتيحة Docteur El Ftaiha Fatiha N°1 Immeuble 28, Residence Addamane

الدكتورة الفريش فاتيحة
Docteur El Kaichi Fatiha
N°1 Immeuble 428 Residence Addamane
Ain chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/20	426,90

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

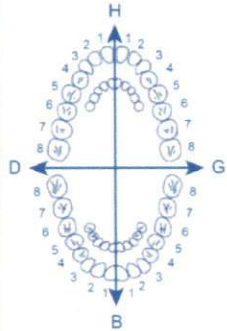
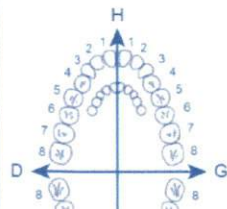
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que :

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	B			
	H									
25533412 00000000	21433552 00000000									
B										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
				DATE DU DEVIS						

FACTIV
mesulato de gémiflo
P.P.V. 282.00 M

Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 0215

PPV 98.50

**PPV
30DH00**

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500
12 SUPPOSITOIRES ADULTES

6 118000 02036

PPV 24.40 DH

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que les

INP :

FACTIVE
mesilate de gémifloxacine
P.P.V. 282.00 MAD

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV ~~140~~ 905

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

PPV
30DH00

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 500
12 SUPPOSITOIRES ADULTES

Non remboursé



6 118000 020363

РРҮ 24,40 НК

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top, 'D' on the left, 'C' on the right, and 'R' at the bottom. The arch is supported by several piers, each numbered 1 through 8. The piers are arranged in a circular pattern around the central pier. The piers are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the top pier (H). The piers are numbered 1 through 8 in a counter-clockwise direction starting from the bottom pier (R). The piers are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the left pier (D). The piers are numbered 1 through 8 in a counter-clockwise direction starting from the right pier (C).

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur Fatiha EL KAÏCHI
Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي
الطب العام

رقم 1, عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 26/05/2020

N° SOUMHANE Abdessadeq

282,00

1) Factive :

90,50 1 cp 1j au cours d'un repos x 07 j.

2) Xyzall 5mg,

30,00 1 cp 1j le soir.

3) Prospan Air op

24,40 1 cās x 3 1j n, Acts.

4) Asquelusédol Paracétamol Adulte,

1 suppo x 2 1j Acts.

426,90

PHARMACIE du 2 MAR
Mme EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

الدكتورة فتيحة القيشي
Docteur El Kaichi Fatiha
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane
Ain chock - GASA - Tél : 05 22 50 11 90